

Encuesta del BID a actores clave del sector salud en América Latina y el Caribe

Informe final

Nota técnica de la Estrategia de Salud del Banco No.002-2005

Marzo de 2005

Banco Interamericano de Desarrollo
Departamento de Desarrollo Sostenible
División de Desarrollo Social

Este documento presenta el resultado de la encuesta realizada por el BID a representantes claves de la sociedad (en el sector público, privado y de la sociedad civil) en el área de la salud en América Latina y el Caribe. La encuesta se realizó durante agosto y septiembre de 2004. El diseño, aplicación, análisis de los datos e informe de la encuesta fueron preparados por Alfredo Solari, Elisa Fernández y José Bernal. Se agradece a los especialistas de salud y sociales del Banco que contribuyeron en la construcción del listado de posibles encuestados y en el afinamiento del instrumento de la encuesta.

Índice

Acrónimos

1

Resumen ejecutivo

2

Introducción

4

Metodología

5

Interpretación de los resultados

8

Conclusiones

21

Anexo

22

Acrónimos

BID – Banco Interamericano de Desarrollo
ODM - Objetivos de Desarrollo del Milenio
ALC – América Latina y el Caribe
ONG - Organizaciones No Gubernamentales
INDES – Instituto Interamericano para el Desarrollo Social, BID
SWAP – *Sector Wide Approach Program*

Resumen Ejecutivo

Propósito y Metodología

En preparación de su estrategia institucional sobre salud el BID realizó una encuesta a actores clave del sector indagando sobre los temas críticos que lo afectan. El cuestionario exploró cuatro áreas temáticas: i) identificación de prioridades sanitarias nacionales; ii) desempeño de las funciones esenciales de salud pública; iii) reformas a los sistemas de servicios de salud; y iv) el apoyo del BID al sector.

Se elaboró un listado de novecientos líderes sectoriales en base a los siguientes criterios: i) tomadores de decisiones, tanto del sector público como privado; ii) técnicos de alto nivel; y iii) personas influyentes por su accionar académico o por conducir organizaciones del sector. Ciento noventa y dos encuestados, 21% del listado original, retornaron cuestionarios completados.

El cuestionario consistió de trece preguntas cerradas y once abiertas. Las preguntas cerradas requerían valorar la situación indagada en una escala cuyo punto medio fue 3,5. Los promedios de respuestas inferiores a ese valor reflejan una percepción conjunta de un desarrollo débil, menor cuanto más cercano es el promedio a 1 (el valor más bajo posible). Inversamente, los valores promedio superiores a 3,5 reflejan una percepción positiva, mayor cuanto más cercana a 6 (el valor máximo alcanzable).

Prioridades y planificación sectorial

Se preguntó si los países logran identificar prioridades sanitarias, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y sobre la formalización de esas prioridades en planes de salud. También se preguntó sobre la importancia relativa de grupos de enfermedades.

El 95% de los participantes indica que el sector ha hecho esfuerzos, sobretodo a nivel nacional, por definir prioridades y metas, mediante

ejercicios de planificación sectorial. Aún así, los participantes perciben que estos planes nacionales han tenido un impacto moderado sobre el funcionamiento del sector (valor promedio: 4,18). También perciben que los países están avanzando en el alcance de las metas de salud contenidas en los ODM.

Los participantes identifican prioritariamente las enfermedades “no transmisibles” (cardiovasculares, diabetes, cánceres) combinadas con algunas patologías “transmisibles y nutricionales” (infecciones respiratorias agudas, desnutrición, peri-natales); y con “lesiones por causas externas”, destacándose los accidentes de tránsito y la violencia.

Rectoría del Sector Salud

Se preguntó en esta sección sobre la conducción del sector: el desempeño de las funciones esenciales de salud pública, la coordinación interinstitucional y la coordinación con otros sectores de actividad que afectan el estado de salud de la población.

Los encuestados consideran que la rectoría del sector es débilmente ejercida por las autoridades sanitarias, adjudicándola a la multiplicidad de funciones y a la complejidad institucional. De las funciones esenciales de salud pública la vigilancia epidemiológica es percibida como la más desarrollada (promedio: 4,27) mientras que la regulación y fiscalización de la oferta privada de servicios (2,88), la investigación en salud pública (2,99) y la salud ocupacional/ambiental (3,05) son consideradas como las de menor desarrollo. Los participantes demandan una vigilancia más estrecha del sistema de servicios de salud, particularmente de los privados, y un fortalecimiento de la prevención y la promoción de la salud.

Tanto la coordinación entre instituciones del sector como con otros sectores son percibidas

como débiles (inferiores al punto medio de la escala). Las relaciones entre las autoridades sanitarias de distintos niveles de gobierno son vistas como neutras (promedio: 3,58) en tanto se percibe como deficitaria la coordinación con la academia (3,03) y con los proveedores de servicios (3,02). El trabajo conjunto del sector salud con otros sectores es percibido como muy pobre: con transporte (promedio 2,20); con vivienda (2,34); con desarrollo urbano (2,46); con bienestar social (3,26); y con educación (3,27). Interesantemente existe una percepción mas positiva del relacionamiento del sector salud con los sectores económicos como hacienda (3,47) y seguridad social (3,51).

Problemas del sistema de servicios de salud

Los participantes perciben dificultades importantes en las dimensiones de equidad, calidad y eficiencia. En particular, consideran que los ancianos y los jóvenes son quienes tienen mayores dificultades para beneficiarse de los servicios.

Los participantes en general concuerdan con la orientación de las reformas dirigidas a mejorar la equidad pero manifiestan insatisfacción con sus resultados. La descentralización, la entrega de paquetes básicos de servicios y las mejoras en la gestión son mencionadas reiteradamente como intervenciones que han contribuido a la mejora parcial del sector.

Dada las graves dificultades del sector los participantes consideran que se implementaron pocas reformas y vislumbran un menú de intervenciones necesarias para atender las dificultades específicas de cada país, destacándose la mejora de la gestión, la regulación y fiscalización, y el fortalecimiento de la oferta pública de servicios de salud.

Apoyo del BID al Sector Salud

La mayoría (72%) de quienes conocen la acción del BID en el sector (54% de los encuestados), la consideran positiva. Proponen sin embargo, mayor participación nacional (tanto política como técnica), menor rigidez administrativa y continuidad en las prioridades de la cooperación.

Consideran que los préstamos deberían dirigirse a: i) fortalecer los sistemas de información, monitoreo y evaluación de resultados asociados a metas de salud (68,2%); ii) mejorar el desempeño de las funciones esenciales de salud pública (53,1%); y iii) fortalecer la capacidad institucional del sector (52,1%). En la misma línea, la asistencia técnica provista por el Banco debería estar orientada a mejorar la calidad de la información (70,8%); realizar estudios en profundidad del sector salud (42,2%); y promover el diálogo intersectorial (41,6%).

I. Introducción

El Banco Interamericano de Desarrollo está actualizando y consolidando el marco estratégico que orienta su accionar. En virtud de ello en el año 2003 aprobó siete estrategias institucionales, incluida la de Desarrollo Social. Durante el corriente año (2004) el BID está consolidando y actualizando varias estrategias sectoriales, en particular, la de salud. En este sentido, el Directorio Ejecutivo del Banco aprobó un Perfil que orientará la elaboración de la Estrategia de Salud del Banco, la cual servirá como base para la acción sectorial del BID en los próximos 5 a 10 años. La consulta a los usuarios de los servicios del Banco constituye un insumo esencial para la preparación de las estrategias. La realización de una encuesta de opinión a actores clave del sector salud de los países prestatarios del Banco en América Latina

y el Caribe (ALC), ha constituido un aporte importante a ese proceso de consulta.

El objetivo de la encuesta fue indagar sobre temas críticos que afectan el sector salud en los países ALC así como también sobre el accionar del Banco en dicho sector. Para ello, el cuestionario exploró la percepción de los encuestados sobre cuatro áreas temáticas: i) la identificación de prioridades sanitarias nacionales, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM); ii) la provisión de bienes públicos de salud, entre ellos el desempeño de las funciones esenciales de salud pública; iii) el funcionamiento del sistema de servicios de salud y los esfuerzos realizados para mejorarlo; y iv) el apoyo del BID al sector salud.

II. Metodología

(i) Definición del universo a encuestar

Interesaba recoger la opinión de quienes por diversas razones (posición institucional, conocimientos o experiencia), poseen liderazgo sobre el sector salud en cada uno de los 26 países prestatarios del BID, constituyendo actores clave en los niveles nacional, estatal o provincial y local. Ese universo teórico es difícil de precisar y más aún de alcanzar. En consecuencia, aprovechando el conocimiento de los funcionarios del Banco en las oficinas de país, se seleccionaron 905 personas que ejercen ese tipo de liderazgo. El listado de encuestados incluyó básicamente tres grupos de actores clave: i) tomadores de decisiones, tanto en el

sector público como en el privado; ii) técnicos de alto nivel, que generan ideas e información para la toma de decisiones y que gestionan programas y establecimientos; y iii) personas influyentes ya sea por su accionar académico o de liderazgo de organizaciones del sector.

Específicamente, el listado procuró incluir autoridades del sector público, del sector privado y de la sociedad civil de los países de la región, clasificadas en las siguientes categorías:

1. Ministros de salud, desarrollo social, finanzas, planificación y economía.
2. Funcionarios de nivel superior en organismos vinculados al Ministerio de Salud (directores

Tabla 1: Cantidad de personas contactadas y encuestadas (respondieron a la encuesta), por país

País	Contactadas	%	Encuestadas	%
Argentina	63	6,9	10	5,2
Bahamas	27	3	5	2,6
Barbados	7	0,8	0	0
Belice	4	0,4	3	1,6
Bolivia	23	2,5	7	3,6
Brasil	66	7,3	19	9,9
Chile	60	6,6	15	7,8
Colombia	141	15,6	21	10,9
Costa Rica	50	5,5	8	4,2
Ecuador	8	0,9	3	1,6
El Salvador	33	3,6	5	2,6
Guatemala	15	1,6	2	1,0
Guyana	30	3,3	1	0,5
Haití	32	3,5	4	2,1
Honduras	65	7,2	13	6,8
Jamaica	34	3,8	9	4,7
México	17	1,9	4	2,1
Nicaragua	15	1,6	9	4,7
Panamá	6	0,7	0	0
Paraguay	42	4,6	3	1,6
Perú	22	2,4	4	2,1
R. Dominicana	38	4,2	6	3,1
Surinam	41	4,5	8	4,2
Trinidad y Tobago	22	2,4	2	1,0
Uruguay	27	3,0	9	4,7
Venezuela	17	1,9	3	1,6
Sin identificar			19	9,9
Total	905	100	192	100

de hospitales, de centros psiquiátricos, de centros infantiles e integrantes de Consejos Nacionales de Salud).

3. Integrantes de las comisiones de salud del poder legislativo.
4. Rectores de universidades y decanos de escuelas de medicina, enfermería, salud pública, nutrición, odontología y farmacia.
5. Líderes de centros de investigación en el área de la salud, la administración y la economía.
6. Líderes de asociaciones de usuarios o de consejos comunitarios de salud.
7. Líderes de sindicatos de trabajadores de salud.
8. Líderes de salud en el sector privado.
9. Directores de Organizaciones No Gubernamentales (ONG), activas en temas de salud.
10. Otras figuras claves (por ejemplo: clérigos, agencias de cooperación multilateral y bilateral activas en el país, etc.).

grupo de personas vinculadas, aunque sea indirectamente al sector y que son conocidas del Banco. La Tabla 1 contiene el número de personas que fueron contactadas y de quienes se recibió respuesta favorable para cada uno de los 26 países prestatarios del Banco.

Pese a las reiteradas solicitudes formuladas sólo un 21% de las personas contactadas retornaron cuestionarios completos¹. La mayoría de los participantes identificaron el país al que pertenecían, sólo el 10% no lo hizo, obteniéndose al menos una respuesta por cada país miembro del Banco, con excepción de Barbados y Panamá².

Analizando la afiliación institucional de los participantes se observa que si bien la mayoría está vinculada a los Ministerios de Salud, se obtuvo una diversidad institucional interesante (ver Tabla 2). Es necesario enfatizar que los participantes no constituyen una muestra

Tabla 2: Participantes en la encuesta según el tipo de institución a que pertenecen

Tipo de Institución	Nº	%
Ministerio de Salud	71	37,0
Investigación o enseñanza, salud	28	14,6
Ministerios de Economía y otros	15	7,8
Institución proveedora de servicios	10	5,2
Investigación o enseñanza, economía	9	4,7
Instituto Seguro Social	6	3,1
Gremios de la salud	6	3,1
Investigación, otros	5	2,6
Comisiones, Consejos, Secretarías	5	2,6
Organismos cooperación internacional	3	1,6
Aseguradoras médicas	3	1,6
Parlamento	3	1,6
Asociación usuarios	2	1,0
Consultores independientes	2	1,0
Sin especificar	24	12,5
Total	192	100

(ii) Caracterización de los encuestados

El listado de 905 personas a encuestar no pretendió constituir una muestra representativa del universo descrito anteriormente sino un

¹ Se recibieron formularios adicionales fuera de plazo que no pudieron ser ingresados en la tabulación.

² Al ser la encuesta anónima, es imposible determinar si entre el 10% que no indicó país de origen, existen formularios provenientes de Barbados y/o Panamá.

representativa del “liderazgo” colectivo del sector, sino un conjunto numeroso de personas con conocimiento y motivación suficientes para enriquecer la estrategia del BID en el tema.

(iii) El cuestionario

Los temas consultados en el cuestionario fueron seleccionados por personal del Banco especializado en salud en tanto que el formato de las preguntas se trabajó en base a metodologías disponibles en una página especializada accesible por Internet. El cuestionario (ver Anexo 1) contiene seis secciones: una introductoria, cuatro de naturaleza temática y la última con datos del encuestado:

i) Introducción: presenta el objetivo de la encuesta en el contexto de la preparación de la Estrategia del Salud del BID; establece que ésta es anónima e informa sobre los mecanismos para enviarla una vez completada.

ii) Determinación de prioridades sanitarias: se indaga sobre la existencia de prioridades sanitarias a nivel nacional, estatal y local, y sobre los procesos de formalización de estas prioridades a través de planes de salud, la naturaleza de éstos y los resultados obtenidos. Se indaga sobre la presencia e importancia de los ODM en el país.

iii) Provisión de bienes públicos en el área de salud: se explora el nivel de desarrollo de las funciones esenciales de la salud pública, así como los cambios necesarios en este ámbito. Asimismo, se valora el grado de desarrollo de la coordinación interinstitucional y la coordinación intersectorial en el país.

iv) Principales problemas del sistema de servicios de salud: se pregunta sobre el estado del sistema de servicios de salud en términos de eficiencia, efectividad, calidad, equidad en el acceso y en el financiamiento. Se evalúan los cambios que ha realizado el país en este ámbito en los últimos años y se indaga sobre que transformaciones adicionales son necesarias en los próximos años.

v) Apoyo del BID al sector salud: se pregunta sobre la percepción del trabajo del BID en el sector salud en el país y sobre las formas en que el Banco podría ayudar mejor al sector en el futuro a través de instrumentos financieros y no financieros.

vi) Datos sobre el encuestado: caracterización general del encuestado en términos de país donde trabaja, sector y tipo de institución en la que trabaja y puesto que desempeña.

Los cuestionarios contestados se recibieron por Internet -directamente en una plataforma que procesó las respuestas automáticamente-, por fax y por correo electrónico.³

(iv) Variaciones en la tasa de respuesta

Como se indicó previamente 192 personas enviaron cuestionarios contestados. Los participantes no siempre contestaron todas las preguntas (o las sub-preguntas) contenidas en el cuestionario. En general, la proporción que no contestó una pregunta (o una parte de ella), se sitúa entre el 5% y el 20%, dependiendo de su complejidad. Dicha proporción (de no respondientes) aumenta significativamente en las preguntas más complejas o de respuestas abiertas. Por ejemplo, en la pregunta 12 que pedía identificar los cambios introducidos en los últimos 10 años en el sistema de servicios de salud del país, la no-respuesta llegó al 45% de los participantes.

³ Se arrendaron los servicios de una plataforma electrónica en el Internet, “Surveymonkey.com”, en la cual los participantes pueden registrar directamente sus respuestas. Las respuestas recibidas por fax y por mensaje electrónico fueron incorporadas posteriormente en dicha plataforma. El cuestionario se manejó en tres de los cuatro idiomas oficiales del Banco: inglés, español y francés. La base de datos resultante está disponible en el Banco para realizar cruces adicionales de variables.

III. Interpretación de los resultados

La mayoría de las preguntas solicitaban una respuesta afirmativa o negativa (“sí” o “no”) y, en caso afirmativo, pedían adicionalmente una valoración cuantitativa sobre el tema indagado. Se pidió realizar dicha valoración en una escala de 0 a 5 en la cual 0 representaba el desarrollo o efecto mínimo y 5 el máximo. El programa de tabulación usado para procesar los resultados asigna un puntaje a cada valor registrado por los participantes. De esta manera, a las respuestas “0” les asignó valor uno, a las respuestas “1” les asignó valor dos, y así sucesivamente. Ello permite calcular el promedio de las percepciones de los participantes con relación al tema indagado.

Según la valuación utilizada por el programa, el punto medio de las respuestas corresponde al valor 3,5. Por tanto, los promedios inferiores a ese valor reflejan la percepción conjunta de los participantes de un efecto o un desarrollo débil, menor cuanto más cercano a 1 (el valor más bajo posible). Inversamente, los valores promedio superiores a 3,5 reflejan un efecto o un progreso fuerte, mayor cuanto más cercano a 6, que constituye el máximo valor alcanzable.

Se presentan a continuación los resultados obtenidos en las cuatro áreas temáticas en las que se agruparon las preguntas del formulario:

(i) Planificación Sectorial y Determinación de Prioridades

Se formularon varias preguntas con el fin de determinar: i) si los distintos niveles de gobierno (nacional, estatal y municipal) formulaban planes de salud; ii) si éstos eran “indicativos” brindando una referencia general, o si por el contrario eran “operativos” estableciendo objetivos, metas recursos e indicadores específicos; iii) los tipos de problemas sanitarios que son considerados prioritarios; y iv) finalmente, los progresos alcanzados en la obtención de los ODM vinculados a la salud. Entre el 80% y el 95% de los participantes

contestaron el conjunto de preguntas incluidas en esta primera parte del cuestionario.

El 95% de los participantes indican que sus países han contado con planes de salud a nivel nacional en los últimos 10 años, lo que les ha permitido identificar objetivos sanitarios nacionales y delinear estrategias dirigidas a alcanzarlos. La existencia de planes sanitarios similares a nivel provincial/estatal o a nivel municipal fue reconocida por una proporción claramente menor de participantes, en el entorno del 80%.

A quienes contestaron afirmativamente sobre la existencia de planes de salud se les pidió adicionalmente que valoraran el impacto de éstos sobre el funcionamiento del sector salud. Los participantes perciben que los planes nacionales han tenido mayor impacto que los planes provinciales y los municipales. Aún así, el impacto promedio de los planes nacionales fue de 4,18 lo cual refleja un efecto positivo pero moderado, lejos del valor correspondiente a un impacto alto (entre 5 y 6).

Se preguntó asimismo sobre la naturaleza de los planes de salud, es decir si éstos habían sido “indicativos brindando sólo una orientación general al sector”, o si habían sido “específicos, definiendo prioridades, metas, intervenciones, instituciones responsables y recursos”. En este sentido, los participantes perciben a los planes nacionales de salud como instrumentos operativos más que indicativos. Sin embargo, expresan que los planes no llegan a definir en forma precisa las prioridades, estrategias y metas a ser alcanzadas. En particular, los planes estatales/provinciales y los municipales son percibidos como menos operativos que los nacionales, situándose el promedio de respuestas muy cerca del punto medio del rango entre lo indicativo y lo operativo.

En virtud de que los procesos de reforma emprendidos en la década del 90 se concentraron

predominantemente en el sistema de servicios de salud, se intentó determinar si también habían sido considerados prioritarios otros aspectos del sector como las funciones esenciales de salud pública. Contrariamente a lo esperado los participantes perciben que los “programas de salud pública” y algunos “grupos de enfermedades” han recibido prácticamente igual prioridad que los problemas de organización y funcionamiento del sistema de servicios.

A fin de profundizar en torno a la importancia relativa asignada en los planes de salud a distintos grupos de enfermedades y factores de riesgo, se formularon dos preguntas específicas: la primera sobre la importancia relativa de veinticinco enfermedades y la segunda en torno a los ODM de salud.

Para identificar la importancia relativa de un listado amplio de enfermedades se pidió a los encuestados que las ordenaran en forma prioritaria, de acuerdo con el impacto negativo que éstas tienen sobre la situación de salud del país. La importancia de una enfermedad (o de un factor de riesgo) queda determinada por la ubicación relativa que le asignó a esa enfermedad cada participante (primer lugar, segundo lugar, etc.).⁴ A fin de combinar las valoraciones de los diferentes participantes se le asignó un valor numérico fijo a cada lugar relativo en el listado. De esa forma, la enfermedad con mayor prioridad, ubicada en el primer lugar de la lista, se le otorgó un puntaje de 15 unidades; a la ubicada en el segundo lugar se le otorgaron 14 puntos, y así sucesivamente de forma que la ubicada en el lugar decimoquinto se le asignó sólo un punto. Promediando los valores asignados por los

⁴ La importancia relativa también puede medirse por la cantidad de menciones recibidas por cada enfermedad sin considerar su ubicación relativa. Aplicando este criterio los diez temas prioritarios fueron: Enfermedades Cardiovasculares (149 menciones); Infecciones Respiratorias Agudas (145); Cáncer de Cuello de Útero(145); VIH/SIDA (137); Lesiones por Accidentes de Tránsito (136); Diabetes (128); Enfermedades Maternas (126); Enfermedades Perinatales (124); Cáncer de Mama (122); Lesiones por Violencia (118); Desnutrición Infantil (118).

participantes a una enfermedad (o factor de riesgo) se obtuvo la valoración conjunta que le otorgaron a ésta la totalidad de los participantes. Siguiendo este procedimiento los diez grupos de enfermedades de mayor impacto, con sus respectivos valores promedio, fueron:

No obstante, la expresión combinada del promedio de las ubicaciones relativas y la cantidad de veces que una enfermedad fue mencionada, refleja mejor la importancia asignada por los participantes a los veinticinco grupos de enfermedades. Se presentan pues en la Tabla 4 los resultados obtenidos al multiplicar el número de menciones recibidas por la importancia relativa derivada de la ubicación ordinal:

Tabla 3. Listado de enfermedades según el orden de importancia identificado por los participantes

	Enfermedad o factor de riesgo	Peso Relativo (1-15)
1	Enfermedades Cardiovasculares	11,8
2	Diarrea Infantil	10
3	Lesiones por Accidentes de Tránsito	9,6
4	Desnutrición Infantil	9,6
5	Infecciones Respiratoria Agudas	9,5
6	Lesiones por Violencia	9,4
7	Cáncer del Aparato Digestivo	8,9
8	Cáncer de mama	8,9
9	Dengue	8,7
10	Enfermedades Maternas	8,7

Tabla 4. Listado de enfermedades por orden de importancia y número de menciones de los participantes

	Enfermedad / factor de riesgo	Peso relativo
1	Enfermedades Cardiovasculares	1759
2	Infecciones Respiratorias Agudas	1374
3	Lesiones por Accidentes de Tránsito	1300
4	Cáncer de Cuello de útero	1168
5	Desnutrición Infantil	1129
6	Lesiones por Violencia	1108
7	Enfermedades Maternas	1099
8	Diabetes	1097
9	Diarrea Infantil	1097
10	Cáncer de Mama	1080
11	Enfermedades Peri-natales	1048
12	VIH/SIDA	1022
13	Infecciones de Transmisión Sexual	755
14	Cáncer del Aparato Digestivo	746
15	Alcohol	709

Estos agrupamientos reflejan la diversidad epidemiológica percibida por los participantes en los países de ALC. Son percibidas como problemas prioritarios de salud enfermedades del grupo de las “no transmisibles” (cardiovasculares, diabetes, cánceres); patologías del grupo de “transmisibles y nutricionales” (infecciones respiratorias agudas, desnutrición, perinatales); y finalmente, “lesiones por causas externas”, destacándose entre éstas los accidentes de tránsito y la causadas por violencia. El resultado de este ejercicio de priorización por parte de los encuestados, se acerca bastante a los datos de carga de enfermedad para la región según la OMS, presentadas en la Tabla 5:

percepción en relación a Mortalidad Materna; un 46% en torno a VIH/SIDA y a Malaria; y un 42% en lo referente a la Tuberculosis. Las percepciones positivas son mucho más frecuentes que las negativas. En efecto, quienes opinan que el progreso logrado en la conquista de estas cinco condiciones es poco o muy poco satisfactoria (puntuaciones 0 y 1) fueron respectivamente 3%, 6%, 12%, 12% y 14% de los participantes. Nótese que los participantes no se refirieron específicamente a si los ODM en salud eran relevantes para el perfil epidemiológico de su país. Por el contrario, las respuestas brindadas en relación a los problemas prioritarios dejan entrever que estas cinco condiciones son importantes pero no las más relevantes.

Tabla 5. Enfermedades con mayor carga de la enfermedad por género en América Latina y el Caribe (2001)

Orden	Hombres	% Total de DALYs Hombres	Mujeres	% Total de DALYs Mujeres
	Enfermedad		Enfermedad	
1	Violencia	8.2	Depresión unipolar	6.9
2	Otras causas externas no intencionales	4.7	Accidente cerebro vascular	4.2
3	Isquemia del Corazón	4.5	Isquemia del Corazón	3.7
4	Alcoholismo	4.2	Asfixia y trauma al nacer	3.6
5	Asfixia y trauma al nacer	3.7	Diabetes mellitas	3.4
6	Accidentes de Tránsito	3.6	Otras enfermedades del aparato digestivo	3.4
7	Accidentes cerebro vascular	3.4	Disturbios glandulares	3.2
8	Depresión unipolar	3.4	Infecciones Respiratorias Agudas	3.0
9	Otras enfermedades del aparato digestivo	3.0	Diarrea	2.4
10	Disturbios glandulares	2.7	Catarata	2.3
Total		41.4		36.1

Fuente: OMS, 2001. Datos preparados para el DCP Project, segunda edición (publicación en preparación).

Se preguntó asimismo a los encuestados si los países estaban realizando acciones conducentes a alcanzar los ODM en salud, es decir tendientes a reducir la mortalidad materna y la mortalidad infantil y revertir las tasas de contagio de VIH/SIDA, Malaria y Tuberculosis. Entre el 92% y el 95% de los participantes respondieron estas cinco sub-preguntas. La percepción general manifestada por los participantes es que se está avanzando hacia dichos objetivos. Alrededor del 50% de los participantes perciben que se está progresando en forma satisfactoria o muy satisfactoria (puntuaciones 4 y 5) en la reducción de la Mortalidad Infantil; un 42% tienen similar

En suma: los participantes perciben un sector salud complejo que tiene que atender demandas sanitarias muy variadas, derivadas de una realidad epidemiológica diversa y cambiante, en la cual coexisten muy diversos tipos de problemas. Perciben también que el sector salud ha hecho esfuerzos por definir prioridades e identificar metas a alcanzar, mediante ejercicios de planificación sectorial, sobretodo a nivel nacional. Finalmente, los participantes perciben que los países están logrando avances en la consecución de las metas de salud que forman parte de los ODM.

(ii) Rectoría del Sector Salud

La segunda sección temática de la encuesta indagó sobre características fundamentales de la conducción del sector: el desempeño de las funciones esenciales de salud pública, la coordinación interinstitucional y la coordinación con otros sectores de actividad cuyo accionar afecta el estado de salud de la población, como educación, seguridad social, etc. La tasa de respuesta a estas preguntas fue muy alta, alrededor del 92% al 94% de quienes contestaron la encuesta.

Interesaba medir la percepción de los encuestados sobre el grado de desarrollo de las funciones esenciales de salud pública en función de dos razones: i) que éstas en ALC parecen haber recibido menor atención que el sistema de servicios de salud y ii) que las reformas realizadas durante la década de los 90, pudieran haber debilitado al sector público y de esa forma deteriorado el desempeño de estas funciones esenciales.⁵

En términos generales los participantes perciben que las funciones de salud pública tienen un desarrollo intermedio. Los participantes asignaron niveles de desarrollo cercanos al valor medio del rango de observación (3.5) a siete de las once funciones esenciales listadas en el cuestionario. Los participantes perciben que la vigilancia epidemiológica tiene un nivel de desarrollo mayor al resto de las funciones esenciales, asignándole en promedio un valor de 4,27. En el otro extremo, tres funciones fueron percibidas como menos desarrolladas que las demás: i) la regulación y fiscalización de la oferta privada de servicios (promedio 2,88); ii) la investigación en salud pública (2,99); y iii) la salud ocupacional y ambiental (3,05).

En términos específicos, los participantes caracterizan las funciones esenciales de la salud pública de la siguiente manera:

⁵ La OPS/OMS (2004) ha establecido un listado de 11 funciones esenciales de la salud pública, que abarcan entre otras: la vigilancia, lo normativo, la promoción y prevención, la formación de recursos humanos y la investigación en salud pública.

Evaluación y mantenimiento de la salud colectiva. El monitoreo de la situación de salud y la ejecución de diversos tipos de intervenciones para mejorarla, son percibidas por los participantes con algunos matices diferenciales según el aspecto del cual se trate:

- La vigilancia epidemiológica es percibida como más desarrollada, aunque se encuentre aún lejos de un nivel satisfactorio.
- La vigilancia sanitaria de los bienes de consumo que afectan la salud como medicamentos, alimentos y otros, es percibida como de desarrollo intermedio (promedio 3,51).
- El monitoreo y la preservación de la salud ocupacional y de la salud ambiental son percibidas como con bajo nivel de desarrollo (promedio 3.05).
- Los sistemas de información, monitoreo y evaluación que sirven de sustento a estas actividades de seguimiento de la situación de salud, también son percibidos como de desarrollo insatisfactorio (promedio 3,32).
- Finalmente, las acciones de educación y promoción de salud y las de prevención de enfermedades y lesiones, son vistas como de desarrollo intermedio, con promedios de 3,56 y 3,73 respectivamente.

Todos estos resultados tienden a confirmar la hipótesis de que, en conjunto las funciones dirigidas a la vigilancia y el mantenimiento de la salud poblacional, no alcanzan un desarrollo satisfactorio mínimo.

Vigilancia del sistema de servicios de salud. Dentro de las funciones esenciales de salud pública se indagó sobre tres relacionadas con el funcionamiento del sistema de servicios de salud: i) la vigilancia del sistema de salud; ii) la regulación y fiscalización de la oferta pública de servicios de salud; y iii) la regulación y fiscalización de la oferta privada de dichos servicios.

La especificación de las normas que regulan el funcionamiento del sistema de servicios y la vigilancia de su cumplimiento han sido aspectos dominantes de los procesos de reforma, por ser

competencias exclusivas e indelegables del Estado. Por tanto, era importante conocer como es percibido el desempeño de esta función por parte de los encuestados.

En términos generales las respuestas reflejan la percepción de un desarrollo muy bajo, particularmente en relación al sector privado de prestación de servicios (promedio 2,88). En tanto que 38% de los encuestados piensan que la fiscalización sobre el sector privado tiene desarrollo bajo o muy bajo, sólo un 7% opina que esa función tiene un desarrollo alto y nadie opina que sea muy alto. La percepción sobre el desarrollo alcanzado por la regulación y vigilancia de los servicios de salud proporcionados por el sector público, si bien es mejor que la realizada sobre el sector privado, es igualmente inferior al valor medio (promedio 3,31). Nuevamente estos resultados confirman la hipótesis previa de que la vigilancia del sistema de servicios de salud es insuficiente y requiere mayor desarrollo.

Planificación de recursos humanos para salud.

La formación de recursos humanos adecuados en cantidad y tipo para implementar una estrategia sanitaria nacional, particularmente la formación de médicos y enfermeras universitarias, constituye una de las funciones esenciales de la salud pública. Históricamente los países latinos de la región tienen exceso de médicos y carencia de personal de enfermería, en tanto los países caribeños sufren de la emigración sistemática de enfermeras capacitadas. Al mismo tiempo, la población residente en asentamientos urbanos y en zonas rurales ve dificultado su acceso a servicios básicos de salud por la escasez de personal de

salud que brinde servicios accesibles en dichas localidades.

La programación de recursos humanos capacitados, de manera de responder adecuadamente a estos desafíos, es percibida por los participantes como menor al valor medio (promedio 3,36) evidenciando carencias en el desempeño de esta función.

Cambios para fortalecer las funciones esenciales. Se pidió a los encuestados que identificaran los cambios más importantes a realizar en los próximos 5 años, para mejorar el desempeño de las funciones esenciales de salud pública. Esta pregunta de seguimiento y de formato abierto en sus respuestas, fue contestada por 88% de los participantes.

En sus respuestas muchos emplearon conceptos diferentes de los contenidos ofrecidos en la pregunta de base. En consecuencia, la tabulación de las respuestas se realizó en dos tiempos: i) una asignación inicial de respuestas de acuerdo con las funciones listadas en la pregunta base; y ii) una segunda realizada en función de siete categorías adicionales surgidas de las propias respuestas. La asignación inicial permitió clasificar el 56% de las respuestas obtenidas (271/481) en tanto la segunda permitió clasificar un 39% adicional (185/481), quedando sin categorizar 5% de las respuestas. El agrupamiento de respuestas es tentativo pues la asignación de éstas a las funciones esenciales de salud pública es un ejercicio que requiere subjetividad. La Tabla 6 presenta las respuestas obtenidas de acuerdo a las categorías a que fueron adjudicadas.

Tabla 6. Cambios requeridos para fortalecer las funciones esenciales de salud pública

	Función a mejorar	Nº	%
1	Vigilancia epidemiológica y sanitaria (incluye alimentos, medicamentos)	32	6,7
2	Educación en salud	20	4,2
3	Promoción y prevención	30	6,2
4	Vigilancia del sistema de servicios públicos y privados	71	14,8
5	Formación de recursos humanos	37	7,7
6	Investigación en salud pública	28	5,8
7	Salud ocupacional y ambiental	10	2,1
8	Sistemas de información, monitoreo y evaluación	43	8,9
9	Planificación: prioridades, metas	20	4,2
10	Fortalecimiento general funciones de salud pública	33	6,9
11	Descentralización: mejora de redes institucionales	23	4,8
12	Rectoría del sector: separación entre financiamiento y prestación	18	3,7
13	Aumento y mejora del financiamiento de los servicios	34	7,1
14	Cambio del modelo de atención y mejora de la red asistencial	23	4,8
15	Implementar reforma sectorial (incluye coordinar público-privado)	14	2,9
16	Otros: control social; alianzas con ONG, gestión, etc.	20	4,2
	Respuestas sin clasificar	25	5,2
	TOTAL	481	100

El área mencionada más frecuentemente (14,8% de las respuestas) fue el fortalecimiento de la vigilancia del sistema de servicios tanto públicos como privados, categoría que incluye además la mejora del marco regulatorio y la fiscalización de su cumplimiento. En segundo lugar de frecuencia (8,94%) aparece el fortalecimiento de los sistemas de información epidemiológica y gerencial, categoría que incluye además acciones de monitoreo y evaluación.

La mayoría de las categorías generadas por los participantes refieren al sistema de servicios de salud entre las que se destacan el aumento del financiamiento (7,1%), el cambio del modelo de atención (4,8%) y el fortalecimiento de las redes institucionales (4,8%). Por otra parte, los participantes indican la necesidad de fortalecer genéricamente las funciones esenciales de salud pública, mencionado en casi 7% de las respuestas.

Coordinación interinstitucional e intersectorial. A diferencia de otros sectores sociales (educación y seguridad social) el sector salud se caracteriza por su complejidad institucional y por los vínculos que guarda con otros sectores de la economía.

En América Latina el financiamiento y la prestación de servicios de salud se realiza en forma segmentada, por múltiples instituciones que brindan servicios a distintos segmentos de la sociedad. La complejidad y multiplicidad institucional del sector aumenta la necesidad de coordinación, tanto para la formulación de políticas como para la prestación de servicios con equidad, calidad y eficiencia. En virtud de ello se interrogó a los encuestados sobre la efectividad de los esfuerzos de coordinación interinstitucional, dentro del sector salud así como sobre la coordinación de éste con otros sectores con los que está vinculado como educación, seguridad, trabajo, etc.

Los participantes perciben que el nivel de coordinación interinstitucional es bajo, particularmente entre la autoridad sanitaria y la academia (promedio 3,03) y entre los proveedores públicos y privados de servicios (3,02). Casi un tercio de los participantes perciben estas coordinaciones como débiles o muy débiles mientras que sólo 7% las percibe como fuertes o muy fuertes. La percepción más favorable de coordinación interinstitucional es la que involucra a las autoridades sanitarias en los

distintos niveles de gobierno: nacional, estatal y municipal (promedio 3,58).

Se pidió a los encuestados que identificaran los cambios que serían más importante introducir en los próximos tres años para mejorar la coordinación interinstitucional. Los participantes mencionaron en diversas formas los siguientes:

- Establecer un marco normativo común que alcance por igual a proveedores públicos y privados de servicios;
- Orientar formación de recursos humanos en salud con base en las prioridades sanitarias definidas estratégicamente;
- Planificar las prioridades, los objetivos y las intervenciones del sector en forma concertada; crear para ello espacios de diálogo y de coordinación (por ejemplo: en base a áreas temáticas);
- Mejorar la comunicación en torno a metas, objetivos, etc.
- Establecer en forma obligatoria un sistema único de monitoreo y evaluación, basado en un sistema estandarizado de información;
- Incentivar financieramente la coordinación de servicios;
- Fortalecer el funcionamiento en red;
- Fortalecer la rectoría a ser ejercida por el Ministerio de Salud como autoridad sanitaria;
- Involucrar en forma directa a los prestadores de servicios y a los usuarios;

Finalmente en referencia a la coordinación con otros sectores que afectan la situación de salud de la población, los participantes perciben que ésta es muy débil, en particular la de salud: con “transporte” (promedio 2,20); con “vivienda” (2,34); con “desarrollo urbano” (2,46); con “empleo” (2,64); y con “seguridad pública” (2,77). En estas cinco categorías, que constituyen la mitad de las indagadas, la proporción de participantes que percibe la coordinación como débil o muy débil es superior al 45% en tanto que sólo 1% la percibe como muy fuerte.

Si bien la coordinación del sector salud con los otros cinco sectores es relativamente mejor, aún así está lejos de recibir una calificación positiva: con “medio ambiente” (3,20); con “bienestar

social” (3,26); con “educación” (3,27); con “presupuesto/hacienda” (3,47) y con “seguridad social” (3,51). Esta última, la coordinación mejor percibida, es prácticamente equidistante entre los valores correspondientes a muy débil y muy fuerte.

Coordinación entre salud y educación. La planificación de recursos humanos, pese a ser una función esencial de la salud pública, enfrenta dificultades políticas y técnicas especiales: en lo político, la autonomía universitaria restringe el liderazgo de las autoridades sanitarias y en lo técnico, la determinación de niveles óptimos de oferta se dificulta por la capacidad de los profesionales de la salud para generar su propia demanda.

Sólo un 16,6% de los participantes indicó que en sus países existen políticas nacionales de recursos humanos en salud. Una quinta parte de éstos señaló además que las mismas son incompletas o no se aplican. Ambos hallazgos confirman la hipótesis previa de que la planificación de recursos humanos en salud es muy débil. Según los encuestados las políticas existentes refieren a capacitación permanente, humanización de la atención, definición de perfiles, énfasis en atención primaria, habilitación por colegios profesionales, etc. Considerando estos resultados y la importancia de los recursos humanos para la entrega de servicios de salud es necesario introducir con fuerza este tema en el diálogo con los países.

En suma: la rectoría del sector es débilmente ejercida por las autoridades sanitarias, lo que se ve facilitado por la multiplicidad de funciones y por la complejidad institucional. Llama particularmente la atención la pobre percepción que tienen los encuestados de la coordinación al interior del sector para lo cual proponen una serie de cambios. Los participantes reclaman también una vigilancia más estrecha del funcionamiento del sistema de servicios, en particular de su componente privado, y un fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública vinculadas a la prevención y promoción de la salud.

(iii) Problemas del sistema de servicios de salud

Existen formas muy variadas de organización y financiamiento de los servicios de salud en los países de América Latina y el Caribe. En la mayoría de ellos la expresión “sistema de servicios de salud” es engañosa pues hace referencia a un conjunto, hipotéticamente organizado y coordinado, de instituciones que tendrían fines comunes y mecanismos concertados para alcanzarlos. Cada país presenta una forma organizativa distinta, con diferentes grados de complejidad.

Esta sección del cuestionario fue formulada teniendo en cuenta esa diversidad, para lo cual se basó en conceptos y en objetivos perseguidos por la gran mayoría de los sistemas nacionales de salud, como ser: cobertura, efectividad, eficiencia, equidad y calidad. Pese a ello la contestación de esta parte del cuestionario requirió un esfuerzo adicional de los encuestados. En particular, la segmentación institucional de los servicios de salud en los países latinos de la región, con las excepciones de Cuba (país que no es miembro del Banco y que por tanto, no fue incluido en el análisis) y Costa Rica, hacen particularmente difícil contestar en función de “un sistema de servicios” que resulta del agregado conceptual de varias instituciones muy distintas entre sí, tanto en el sector público como privado.

Las preguntas abiertas formuladas en esta sección presentan una dificultad adicional de tabulación pues en la mayoría de los casos las respuestas no se corresponden con una definición precisa ni son excluyentes entre sí. En consecuencia, la tabulación de dichas respuestas requirió un esfuerzo que no pudo librarse de cierta carga de subjetividad en la interpretación de las contestaciones brindadas por los participantes. Como se verá, pese a estas dificultades y limitaciones, se obtienen datos valiosos.

Características funcionales del “sistema de salud” del país. Se pidió a los encuestados que evaluaran el desempeño de los servicios de salud del país e identificaran los cambios de los

últimos diez años para mejorarlo en seis dimensiones de funcionamiento:

- Efectividad en mejorar el estado de salud;
- Eficiencia en el uso de los recursos;
- Calidad de la atención brindada;
- Equidad en el acceso a los servicios;
- Equidad en el financiamiento de la atención;
- Cobertura a todos los ciudadanos.

En tanto que la evaluación del funcionamiento fue realizada por el 92% de los participantes, la identificación de los cambios introducidos fue hecha por un 55 a un 60% de los participantes.

En términos generales éstos perciben que el “sistema de servicios” tiene un desempeño intermedio con tendencia a malo. Dentro de este panorama general existen diferencias apreciables. En particular en la dimensión de “equidad en el financiamiento” los participantes perciben un desempeño con clara tendencia negativa (promedio 3,04): en tanto 35% de los participantes lo ven como malo o muy malo, sólo un 13% lo ven como bueno o muy bueno. Las dimensiones: eficiencia (promedio 3,27), equidad de acceso (promedio 3,34) y calidad de la atención (3,36) reciben también una evaluación negativa aunque menos marcada que la referida al financiamiento. La dimensión en la cual los sistemas reciben una evaluación algo más positiva es la efectividad para mejorar el estado de salud: 29% la perciben como buena o muy buena en tanto que sólo 9% la ven como mala o muy mala.

El cuestionario evitó el término “reforma” por entender que el mismo tiene inevitablemente una carga ideológica que podía distorsionar las contestaciones. Sin perjuicio de ello, las preguntas sobre “cambios introducidos en los últimos diez años para mejorar el desempeño del sistema de salud en las dimensiones (efectividad, eficiencia, equidad, calidad, etc.)” iban dirigidas a identificar esfuerzos de reforma. Se intentó asimismo, vincular los cambios con las dimensiones de funcionamiento revisadas en la pregunta previa. En virtud de que los cambios no tienen un fin único sino que persiguen diversos propósitos, es difícil unir linealmente

intervenciones con resultados. Las principales conclusiones son las siguientes:

Cambios más frecuentes para mejorar la efectividad:

- En la gestión de los servicios (15,1%) incluyendo descentralización, gestión por resultados, planificación estratégica; creación de redes de prestadores y otros.
- Implementación de paquetes de servicios (13,5%) incluidos programas focalizados de atención primaria y mejoras de acciones de promoción y prevención.
- Control de Enfermedades (8,3%) en particular mortalidad infantil y materna, inmunizaciones, VIH/SIDA, etc.

Cambios realizados para aumentar la eficiencia:

- En la gestión de los servicios (23,4%) comprendiendo modelos de gestión por resultados, cumplimiento de metas y medición de desempeño, descentralización. También incluye autonomía hospitalaria, fortalecimiento del gerenciamiento y la información, capacitación de recursos humanos.
- En el financiamiento (11,5%) incluyendo programación presupuestaria, reducción de costos, subsidios a la demanda y similares.

Cambios efectuados para mejorar la calidad de la atención:

- Regulación y control (21,9%) con establecimiento de estándares, acreditación y auditoría, elaboración de protocolos y guías de atención, educación de los usuarios y auditoría social.
- Programas específicos de mejoramiento de la calidad (10%).
- En la gestión de los servicios (10%) incluyendo capacitación de recursos humanos e indicadores de gestión/resultados.

Cambios para aumentar la equidad en el acceso a los servicios. En esta dimensión hubo disenso importante en la valoración de los cambios pues sólo el 47% de los participantes indicó que se habían realizado cambios favorables. Un 15% en cambio opinó que no se introdujeron cambios significativos con este fin o que los cambios

introducidos fueron contraproducentes. Entre los cambios favorables se mencionaron:

- Gestión y reforma (15%) comprendiendo: descentralización, reorganización de redes, subsidio a la demanda, cambios del marco normativo, etc.
- Aumento de la cobertura de los servicios (14%).
- Especificación de servicios pro-pobre (10%) incluyendo: paquetes básicos, atención primaria, promoción de salud, medicamentos genéricos, etc.

Cambios para mejorar la equidad en el financiamiento y para aumentar la cobertura. Los participantes usaron contestaciones similares para ambas dimensiones. En estas dimensiones también se evidenciaron discrepancias entre los participantes. Un 40% indicó que se habían introducido cambios positivos, un 14% manifestó que no había habido cambios o que la situación había empeorado y el 46% restante no se manifestó en uno u otro sentido. Entre los cambios más frecuentes se mencionaron:

- Aseguramiento financiero de los servicios de salud (24%) incluyendo expansión de la seguridad social, aseguramiento universal, desarrollo de seguros específicos, reformas al sistema de aseguramiento, etc.
- Reformas al sector salud (10%).

Dentro de este conjunto de preguntas se indagó sobre el funcionamiento del sistema para grupos poblacionales en diferentes fases del ciclo de vida. La hipótesis fue de que, desde la Declaración de Alma Ata en 1978 y en particular en la última década, las mujeres en edad fértil y la niñez constituyeron grupos prioritarios. Los participantes perciben que el sistema tiene grandes limitaciones en la prestación de servicios de salud a la vejez, sobretodo en las dimensiones de calidad (71%) y de cobertura (67%). La atención de los jóvenes, especialmente en lo referente a la cobertura, presenta limitaciones en opinión de los encuestados.

Más adelante se preguntó a los encuestados sobre si habían realizado en sus países algunos cambios específicos dirigidos a mejorar el funcionamiento de los servicios de salud, comúnmente conocidos como reformas del sector. Sin hacer mención a este término ni a las designaciones que comúnmente se usan para dichos cambios se preguntó específicamente sobre:

- Concentrar el gasto público en los más pobres o “focalización”;

del gasto y la entrega del paquete básico de servicios. La focalización es particularmente bien percibida en tanto fue considerada como la intervención que tuvo mejores resultados: 31% de los encuestados entendieron que había mejorado algunas de las dimensiones esenciales de funcionamiento del sistema de servicios. La entrega del paquete básico y la descentralización tuvieron resultados más indefinidos: quienes percibieron resultados parciales, insuficientes o insatisfactorios en ambos tipos de cambios

Tabla 7. Percepción de los encuestados sobre las reformas intentadas en los sistemas de salud en ALC (porcentajes)

	Buen resultado	Resultado parcial	Subtotal reforma	No se implementó	No contesta	Total
Descentralización	23	35	58	11	30	99
Focalización	31	21	52	12	35	99
Paquete básico	23	27	50	10	40	100
Seguro universal	15	16	31	22	47	100
Subsidio demanda	9	19	28	21	51	100
Desmonopolización	7	15	22	19	59	100

- Subsidiar al usuario en lugar del proveedor de servicios;
- Subsidiar un conjunto definido de servicios básicos o “paquete básico”;
- Transferir autoridad al nivel local o “descentralización”;
- Proteger a la población de los costos de salud con un seguro universal;
- Eliminar los monopolios públicos de salud.

Como se puede apreciar en la tabla 6, la percepción del grado en que se intentaron las reformas varía según el cambio considerado: un 58% de los participantes manifiesta que se intentó descentralizar, porcentaje que baja al 22% cuando lo que se considera es la desmonopolización. Según los participantes los dos cambios menos intentados fueron los que *a priori* generan más resistencia: la transferencia del subsidio hacia el usuario (*vouchers*) y la desmonopolización, medidas que requieren implementación paralela para ser efectivas. Se intentaron en pocas instancias y dieron resultados parciales, aún insatisfactorios.

Entre un 50 y un 60% de los participantes manifiesta que se intentaron tres cambios que usualmente son considerados parte de las reformas: la descentralización, la focalización

supera a quienes percibieron buenos resultados. Este cuadro permite concluir que, considerando la gravedad de las dificultades que se perciben en el sector, se implementaron pocas reformas. En particular, hay una percepción baja de que se hayan intentado cambios que atacaran la estructura básica del sistema: oferta pública de servicios con insuficiente financiamiento para los más pobres, gasto y provisión monopólicos mediante seguridad social para los trabajadores formales y gasto del bolsillo y provisión privada para los sectores de más altos de ingresos.

Se preguntó a los encuestados sobre los tres problemas más importantes de los sistemas de salud de sus países y los tres cambios prioritarios que deberían ser introducidos en los próximos cinco años para corregirlos (ver Tabla 8). En términos generales las respuestas de los participantes reflejaron más los cambios a realizar que los problemas que éstos solucionarían. Es interesante notar que las intervenciones más estructurales de las reformas sectoriales (subsidio a la demanda, desmonopolización) al igual que la descentralización han perdido atractivo entre los encuestados. Sin embargo, la entrega del paquete básico y la focalización reciben una proporción relativamente importante de

menciones cada una. Surgen en forma prioritaria una serie de intervenciones vinculadas a la gestión del sistema (renglones 1, 6, 8) y a su regulación. Puede concluirse de esta tabla que los participantes visualizan un menú variado de intervenciones necesarias para atender las situaciones específicas de cada país.

En conjunto los participantes perciben dificultades importantes en el funcionamiento del “sistema de servicios”, en particular en lo referente a su equidad, la calidad y la eficiencia. Los ancianos y los jóvenes son quienes tienen mayores dificultades para beneficiarse del sistema de servicios. En cuanto a las acciones emprendidas en la década previa para mejorar el sistema en esas dimensiones se manifiesta menor grado de conformidad con los resultados de aquellas dirigidas a mejorar la equidad, sin que ello constituya un rechazo generalizado a la

(iv) Apoyo del BID al Sector Salud

Como agencia del desarrollo el BID ha apoyado a sus países prestatarios en sus esfuerzos por mejorar la situación de salud dentro del contexto más amplio del desarrollo. Ese apoyo se efectiviza bajo distintas modalidades: préstamos de diversa naturaleza (de inversión, para apoyar cambios en las políticas, para asegurar resultados); donaciones para la preparación de proyectos o financiamiento de intervenciones piloto; intercambio de buenas prácticas y conocimientos, incluida la formación de gerentes de programas sociales en el INDES, etc. En cada país el Banco organiza formalmente estas acciones a través del Ministerio de Economía, quien sirve de interlocutor oficial, pero se relaciona paralelamente con las instituciones sectoriales y, más allá del sector público, con empresas privadas y organizaciones de la sociedad civil.

Tabla 8. Percepción de los encuestados sobre los cambios que se deberían introducir en los sistemas de salud en LAC en el próximo quinquenio.

	Intervención	Menciones	Porcentaje
1	Gestión por resultados/ eficiencia en asignación de recursos	36	14,7%
2	Regulación y fiscalización / protocolos/ calidad	31	12,7%
3	Fortalecer oferta pública/ mejorar red servicios	27	11%
4	Aseguramiento universal/ extensión cobertura	26	10,7%
5	Entrega de paquete básico/ Atención primaria salud	24	9,8%
6	Capacitación de recursos humanos en gestión, epidemiología, economía	24	9,8%
7	Focalización subsidio en los más pobres	18	7,4%
8	Planificar/ corregir desigualdades regionales/ prioridades	15	6,1%
9	Subsidio a la demanda y desmonopolización	8	3,3%
10	Descentralización	6	2,5%
11	Otros: control social/infraestructura/promoción/prevenición	29	11,9%
	Total	244	100%

orientación de las reformas del sector. Por el contrario acciones comúnmente vinculadas a las reformas (descentralización, paquetes básicos de servicios, mejoras de la gestión y otros) son mencionadas reiteradamente como contribuciones que han contribuido parcialmente a la mejora del sector. Para un futuro próximo los participantes visualizan un menú variado de intervenciones necesarias para atender las situaciones específicas de cada país, entre las que se destacan la mejora de la gestión, la regulación y fiscalización y el fortalecimiento de la oferta pública de servicios.

Esta sección del cuestionario tuvo por fin indagar sobre la percepción de los encuestados sobre el apoyo brindado por el BID al sector salud, aún reconociendo que varios de éstos podían no tener información suficiente u opinión formada. En vista de ello las preguntas sobre la experiencia de la acción del Banco se dirigieron exclusivamente a quienes tenían conocimiento suficiente (54% de los participantes), en tanto que las preguntas dirigidas a acciones futuras se abrieron a la totalidad de los encuestados y fueron respondidas por un 90% de éstos.

Quienes conocen suficientemente la acción del BID en el sector salud tiene una opinión bastante favorable de la misma (promedio 4,13): 72% la perciben como positiva, incluyendo 10% que opina que ha sido muy beneficiosa contra sólo un 7% que estima que ha sido poco o nada beneficiosa. Esa evaluación favorable no fue obstáculo para que este grupo de participantes, los “conocedores de la acción del BID en salud en su país”, tuvieran comentarios críticos o sugerencias sobre como mejorar dicho apoyo. Se les pidió para ello que indicaran los tres cambios más importantes que deberían realizarse para mejorar el apoyo que el BID brinda al país. Al igual que en otras preguntas de respuestas abiertas, la tabulación de las contestaciones requirió interpretarlas y agruparlas en torno a

personal nacional y de línea; sistemas de información y comunicación; monitoreo y evaluación; control y vigilancia; capacitación del personal para la gestión, etc.

Muchos de los cambios, incluidos los mencionados más frecuentemente, identifican el tipo de proyectos que el Banco debería apoyar. Sin perjuicio de ello, los que están incluidos en los renglones 5, 7, 8 y 10 responden más específicamente a la intención original de la pregunta, es decir a que cambios deberían introducirse en la forma de actuar o en los procedimientos del Banco. En ese aspecto se quiere mayor participación nacional, tanto política como técnica, menos rigidez administrativa y continuidad en las prioridades.

Tabla 9. Percepción de los encuestados sobre los cambios que se deberían introducir para que el BID mejore su apoyo en salud a los países en el próximo quinquenio.

	Cambios	Menciones	%
1	Fortalecimiento institucional y gestión	78	33,3
2	Planificación sectorial: SWAP, formación recursos	50	21,4
3	Diálogo sectorial: academia, usuarios, proveedores, ONG	19	8,1
4	Investigación sistemas salud/intercambio conocimiento	18	7,7
5	Flexibilización/ruptura barreras burocráticas	15	6,4
6	Apoyo a la salud pública/prevenición/atención primaria	11	4,7
7	Prioridades firmes/flexibilizar, sostener financiamiento	11	4,7
8	Respetar visión de país/adaptarse a situación local	10	4,3
9	Apoyo a procesos de reforma estructural	6	2,6
10	Coordinación interagencial/armonización	6	2,6
11	Otros	10	4,7

conceptos comunes. Dicho ejercicio inevitablemente tiene cierto grado de subjetividad. Los resultados se presentan en la Tabla 9.

Los dos cambios mencionados en forma más frecuente comprenden acciones que, aunque vinculadas entre sí, tienen características diversas. Por ejemplo, las acciones incluidas en “fortalecimiento institucional y gestión” están dirigidas por partes iguales a las instituciones nacionales y a las unidades que implementan proyectos financiados por el BID e incluye temas como: rendición de cuentas; flexibilización de procedimientos; transparencia; eficiencia; adaptar procedimientos a realidad nacional; involucrar menos consultores y más

Con base en una lista de “proyectos tipo” se pidió a los encuestados que manifestaran cuales de ellos serían los más apropiados para que el Banco apoye a sus países en el sector salud. Casi un 90% de los participantes indicaron sus preferencias señalando de promedio siete tipos de proyectos, entre préstamos y cooperaciones técnicas.

Los tipos de préstamos seleccionados más frecuentemente fueron los siguientes:

- Apoyo al fortalecimiento de los sistemas de información, monitoreo y evaluación de resultados asociados a metas de salud (68,2%);

- Fortalecimiento del desempeño de las funciones esenciales de salud pública (53,1%);
- Fortalecimiento de la capacidad de las instituciones del sector (52,1%).

Se mencionaron con menor frecuencia otros tipos de préstamos como: reformas estructurales; préstamos para infraestructura y entrega del paquete básico de servicios. Claramente los participantes manifestaron su preferencia por el fortalecimiento de las distintas modalidades de capacidad institucional (en rectoría, en planificación y en gestión) por sobre modalidades más tradicionales de préstamos como son las inversiones en establecimientos, equipos o en la provisión de servicios.

Los tipos de asistencia técnica más frecuentemente seleccionados fueron los siguientes:

- Mejoramiento de la calidad de la información (70,8%);

- Estudios en profundidad del sector salud (42,2%);

• Promoción del diálogo intersectorial (41,6%). En forma menos frecuente se mencionaron otros temas de asistencia técnica como son: comunicación de experiencias exitosas; cursos sobre formulación de políticas públicas; promoción del diálogo con la sociedad civil; y coordinación de la asistencia técnica con otros organismos internacionales. Al igual que en los préstamos, aquí también aparece claramente la preferencia por el fortalecimiento de la capacidad institucional mediante mejoras de la información y de su análisis.

Por tanto, la acción del BID en el sector es evaluada favorablemente por quienes la conocen y se espera un apoyo fuerte en dimensiones prácticas de la capacidad institucional para conducir y administrar al sector. En particular se espera apoyo en generar la información necesaria para adoptar decisiones.

IV. Conclusiones

Cerca de doscientos actores clave del sector opinaron sistemáticamente sobre la organización del sector y la cooperación brindada por el BID para enfrentar los desafíos encontrados. Los participantes revelan un gran conocimiento de la compleja realidad del sector. Por un lado manifiestan el reconocimiento de las mejoras alcanzadas en los últimos 10 años, por otro identifican las áreas donde todavía existen desafíos.

En cuanto a los logros, se reconocen avances en la planificación sectorial y en la identificación de objetivos prioritarios hacia los cuales dirigir las acciones y los recursos de salud. Este es el caso de planes nacionales y orientaciones internacionales como los ODM. Los participantes reconocen cierta fortaleza en la vigilancia epidemiológica y logros parciales en las reformas, especialmente en términos de la descentralización, mejoras en la gestión y mayor cobertura de poblaciones en situación de pobreza a través de la provisión de paquetes básicos de servicios.

Por otra parte, se plantean las dificultades que todavía persisten y los retos hacia el futuro. Ejemplo de ello es el impacto limitado de los esfuerzos de planificación, especialmente a nivel provincial y municipal; y la necesidad de fortalecer la función rectora de los Ministerios de Salud, en particular a través de mayor vigilancia de los servicios y de mayor promoción de la salud y prevención de

enfermedades. Finalmente, hay mucho por hacer para fortalecer el trabajo coordinado tanto al interior del sector, como con otros sectores. Esta alineación de esfuerzos es necesaria para lograr una mejor planificación del trabajo en salud, y principalmente, para una optimización de los recursos existentes y la obtención de resultados de salud más equitativos.

Finalmente, los resultados revelan un reconocimiento del aporte del Banco en el sector. No obstante, también se le demanda mayor agilidad en sus procedimientos, mayor involucramiento en la facilitación de aspectos políticos y técnicos, y mayor consistencia en la continuidad de sus prioridades.

La encuesta también provee información valiosa sobre los tipos de apoyo que se esperan de los préstamos para el sector (fortalecimiento de los sistemas de información, monitoreo y evaluación; de las funciones esenciales de la salud pública; y de la capacidad institucional); y de la asistencia técnica que provee la institución (fortalecimiento de la calidad de la información, estudios en profundidad; y apoyo al diálogo intersectorial).

Finalmente, si bien los participantes no constituyen una muestra representativa del “liderazgo” colectivo del sector en los países ALC, son un grupo numeroso de personas con conocimiento y motivación suficientes para enriquecer la estrategia del BID en el tema.

Anexo

ENCUESTA DEL BID A ACTORES CLAVES DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

INSTRUCCIONES

Bienvenido a la encuesta del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) sobre temas críticos de salud en América Latina y el Caribe, en preparación de la estrategia que guiará la acción del BID en los próximos años. El cuestionario consta de 24 preguntas organizadas en cinco secciones: i) prioridades sanitarias; ii) bienes públicos en salud; iii) sistema de servicios; iv) acción del BID; y vi) datos institucionales del encuestado. La encuesta es anónima. Si usted quiere registrar su nombre puede hacerlo en la sección final de "Comentarios". En cualquiera de las dos modalidades sus respuestas se mantendrán en forma confidencial.

La respuesta a este cuestionario le requerirá aproximadamente cuarenta y cinco minutos ininterrumpidos de trabajo. La fecha límite para enviar la respuesta es el 31 de Julio del 2004. El cuestionario puede ser respondido de tres formas:

1. **Por Internet:** visite <http://www.surveymonkey.com/s.asp?u=6328499782>. La clave de entrada es "iadb". Usted podrá responder al cuestionario de forma electrónica y los resultados se procesarán de forma automática al enviar su respuesta. Esta es la opción que preferimos.
2. **Por correo electrónico:** responda la encuesta en formato Word y envíe el documento por correo electrónico a sondeosalud@iadb.org
3. **Por fax o correo:** imprima el cuestionario, rellénelo con bolígrafo y envíelo al fax (202) 623-1576 o a:

Elisa Fernández
BID
SDS/SOC, Stop W502
1300 New York Ave., N.W.
Washington, DC. 20577, EEUU

Hay preguntas cerradas y abiertas. Las preguntas cerradas se pueden contestar de dos formas:

1. En una escala de 0 a 5 en la cual 0 es la respuesta que refleja la opción mínima, registre su respuesta marcando sobre la escala el número que refleje su opinión. Ejemplo: 0 ___ 1. ___ 2. ___ 3. ___ X ___ 5
2. Sí, No, N/A (No Aplicable). Marque la opción que corresponde a su conocimiento y/o opinión sobre el tema.

En su respuesta a las preguntas abiertas por favor sea conciso. Ello facilitará el procesamiento de los resultados. Al final del cuestionario encontrará espacio para comentarios adicionales. Cuando éstos se refieran a una pregunta, por favor correlacione el comentario con la pregunta indicando el número a que refiere la ampliación.

A. DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES SANITARIAS

Esta primera sección indaga sobre las prioridades en salud en su país en los últimos diez años, ya sea en términos de enfermedades, de intervenciones para controlarlas o del funcionamiento de las instituciones del sector salud. Cuando los términos utilizados no sean los comunes en su país, responda por favor en función del concepto planteado.

1. ¿ En los últimos 10 años ha contado su país con planes nacionales, estatales/provinciales, o municipales de salud que fijen los objetivos sanitarios y sirvan de guía para el desarrollo del sector?

En caso negativo, marque la casilla "No".

En caso afirmativo, valore el grado de impacto de los planes sobre el sector en una escala de 0 a 5, donde 0 indica que el impacto ha sido mínimo y 5 que ha sido muy fuerte.

	0	1	2	3	4	5	No
Nacionales							
Estatales/Provinciales							
Municipales							

2. ¿De qué tipo han sido los planes de salud en su país: de tipo indicativo, brindando sólo una orientación general al sector, o de tipo específico, definiendo prioridades, metas, intervenciones, instituciones responsables y recursos públicos?

	0	1	2	3	4	5	N/A
Nacionales							
Estatales/Provinciales							
Municipales							

En una escala de 0 a 5 donde 0 representa planes de tipo indicativo y 5 planes muy específicos, caracterice los planes de salud de su país.

3. ¿Cuáles han sido las áreas temáticas de salud priorizadas en su país en los últimos diez años?

Por favor indique, en las áreas señaladas qué aspectos fueron considerados prioritarios. También puede incluir otras áreas.

Funcionamiento de los servicios de salud:

Funciones de salud pública:

Grupos de enfermedades:

Otras áreas, ¿cuáles?:

4. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) fijan metas en mortalidad infantil, mortalidad materna y VIH/SIDA, malaria y tuberculosis a ser alcanzadas por los países en el año 2015. ¿Se está trabajando en su país para alcanzar esas metas? En caso afirmativo, ¿considera que el progreso en estas áreas es satisfactorio?

Responda según una escala de 0 a 5 donde 0 es muy poco satisfactorio y 5 muy satisfactorio. En caso negativo, marque "no", o "N/S" si no sabe.

	No	0	1	2	3	4	5	N/S
Mortalidad Infantil								
Mortalidad Materna								
VIH/SIDA								
Malaria								
Tuberculosis								

5. A continuación se listan alfabéticamente las principales enfermedades o factores que afectan negativamente la situación de salud. Por favor, valorando su impacto sobre la situación de salud de su país, ordénelas en forma prioritaria.

Asigne el número 1 a la de mayor repercusión, el 2 para la siguiente, y así sucesivamente hasta indicar las 15 más importantes.

	Alcohol
	Cáncer bronquio-pulmonar
	Cáncer de cuello de útero
	Cáncer de mama
	Cánceres del aparato digestivo
	Consumo de drogas psicoactivas
	Chagas
	Depresión (unipolar y bipolar)
	Desnutrición infantil
	Diabetes
	Diarrea infantil
	Enfermedades cardiovasculares
	Enfermedades peri-natales
	Enfermedades prevenibles por vacunación
	Enfermedades vinculadas al embarazo, parto y puerperio
	Infecciones de transmisión sexual
	Infecciones respiratorias agudas
	Lesiones por accidentes de trabajo
	Lesiones por accidentes de tránsito
	Lesiones por violencia
	Malaria
	Obesidad
	Parasitosis intestinal
	Tuberculosis
	VIH/SIDA
	Otra (indicar enfermedad y orden numérico):
	Otra (indicar enfermedad y orden numérico):
	Otra (indicar enfermedad y orden numérico):

B. PROVISIÓN DE BIENES PÚBLICOS EN EL ÁREA DE SALUD

Esta sección tiene por fin indagar sobre la provisión en su país de bienes públicos específicos de salud. Se entiende por “bien público” aquél que cumple dos requisitos: i) su consumo por una persona no excluye el consumo simultáneo por otras, y ii) el stock disponible no disminuye como consecuencia de su consumo. Las campañas de educación para la salud son un ejemplo de “bien público de salud”. Por sus propias características (externalidades y no-consumibles), los bienes públicos son generalmente provistos por el sector público y financiados con recursos fiscales.

6. ¿Cuán desarrolladas se encuentran en su país las funciones esenciales de la salud pública que se listan a continuación?

Refleje el grado de desarrollo en una escala de 0 a 5 donde 0 indica un desarrollo muy bajo y 5 muy alto. Marque N/S si no cuenta con información suficiente.

	0	1	2	3	4	5	N/S
Vigilancia epidemiológica							
Educación en salud							
Promoción y prevención							
Vigilancia del sistema de salud							
Regulación de oferta pública y fiscalización							
Regulación de oferta privada y fiscalización							
Desarrollo de recursos humanos							
Investigación en salud pública							
Vigilancia sanitaria (alimentos, medicamentos, bienes de consumo)							
Salud ocupacional y ambiental							
Sistemas de información, monitoreo y evaluación							

7. ¿Cuáles serían los tres cambios más importantes para mejorar las funciones esenciales de la salud pública en su país en los próximos cinco años?

- 1.
- 2.
- 3.

8. ¿Cómo calificaría la coordinación entre las instituciones que conforman el sector salud en su país?

Use para ello una escala de 0 a 5, en la cual 0 corresponde a una coordinación muy débil y 5 a una muy fuerte.

	0	1	2	3	4	5	N/A
Ministerio y Seguro Social							
Ministerio y Secretarías Estatales							
Ministerio y formadores de RRHH							
Proveedores públicos y privados							

9. ¿Cuáles serían los tres cambios más importantes para mejorar la coordinación entre los organismos del sector salud?

- 1.
- 2.
- 3.

10. ¿Cómo calificaría la coordinación intersectorial en temas de salud, entre el sector salud e instituciones públicas de otros sectores?

Use una escala de 0 a 5, en la cual 0 corresponde a una coordinación muy débil y 5 a muy fuerte.

	0	1	2	3	4	5	N/A
Con educación							
Con vivienda							
Con empleo							
Con seguridad social							
Con seguridad pública							
Con transporte							
Con bienestar social							
Con presupuesto/hacienda							
Con desarrollo urbano							
Con medio ambiente							

C. PRINCIPALES PROBLEMAS DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

Esta sección pregunta sobre la organización y el funcionamiento de los servicios de salud en su país. El énfasis está puesto en los servicios dirigidos a las personas. El término “sistema de servicios de salud” refiere al conjunto de organismos y actividades, más o menos vinculados entre sí, que actúan en el financiamiento y en la entrega de servicios personales de salud.

11. ¿Cómo caracterizaría al sistema de servicios de su país en cada una de las siguientes dimensiones?

Expresé su opinión en una escala de 0 a 5 en la cual 0 refleja un muy mal desempeño y 5 uno muy bueno.

	0	1	2	3	4	5	N/S
Efectividad en mejorar el estado de salud							
Eficiencia en el uso de los recursos							
Calidad de la atención							
Equidad en el acceso							
Equidad en el financiamiento							
Cobertura a todos los ciudadanos							

12. ¿Se realizaron cambios en los últimos 10 años para mejorar el desempeño del sistema de salud en las dimensiones mencionadas en la pregunta anterior?

En caso afirmativo, explique en qué consistieron los cambios.

Efectividad:

Eficiencia:

Calidad de la atención:

Equidad en el acceso:

Equidad en el financiamiento:

Cobertura para todos:

13. Para las distintas etapas del ciclo de vida identificadas a continuación, identifique aquellas en las que existen deficiencias en la cobertura, la calidad o la efectividad de los servicios de salud.

Puede marcar más de una casilla a la vez.

Etapa	Cobertura	Calidad	Efectividad
Primera infancia			
Niñez			
Juventud			
Edad reproductiva y maternidad			
Edad Adulta			
Vejez			

14. ¿Cuáles son los tres principales problemas del sistema de servicios de salud en su país? ¿Qué debería hacerse en los próximos cinco años para corregirlos?

Por favor sea bien específico.

- 1.
- 2.
- 3.

15. Muchos países han intentado en los últimos años mejorar sus sistemas de salud introduciendo algunos de los cambios indicados a continuación.

Por favor responda si algunos de ellos se intentaron en su país y, en caso afirmativo, indique qué resultados se obtuvieron.

Concentrar el gasto público en los más pobres:

Subsidiar al usuario en lugar del proveedor de servicios:

Subsidiar un conjunto definido de servicios básicos:

Transferir autoridad al nivel local:

Proteger a la población de los costos de salud con un seguro universal:

Eliminar los monopolios públicos de salud:

Otros cambios:

16. En los últimos diez años, ¿ha elaborado su país una política nacional de recursos humanos que priorice un perfil determinado de personal de salud y establezca límites en la cantidad de los recursos humanos requeridos?

Por favor indique los elementos principales de ese plan y en qué medida se ha cumplido.

D. APOYO DEL BID AL SECTOR SALUD

Esta sección indaga sobre el accionar del BID en los temas de la salud en su país. Particularmente nos interesan sus sugerencias a fin de que el Banco pueda cumplir mejor su misión de financiamiento del desarrollo.

17. ¿Conoce en que ha consistido el apoyo brindado por el BID a su país en temas de salud?

En caso negativo, marque "No" y pase a la pregunta 19.

En caso afirmativo, dé su opinión sobre cuán beneficiosa ha sido la acción del BID para el desarrollo del sector salud.

Marque su respuesta en una escala de 0 a 5, donde 0 corresponde a muy poco beneficiosa y 5 muy beneficiosa.

	No	0	1	2	3	4	5
Acción del BID en salud							

18. ¿Cuales serían los tres principales cambios que deberían realizarse para mejorar el apoyo del BID a su país en materia de salud?

Considere tanto los cambios que deberían realizarse en el Banco como en su país.

19. ¿Cuáles de los siguientes tipos de préstamos serían los más apropiados para que el BID apoye al sector salud en su país en los próximos diez años?

Por favor marque los tres más apropiados.

	Inversiones en infraestructura y equipos
	Entrega de servicios básicos a la población pobre
	Fortalecimiento de la capacidad de las instituciones del sector
	Fortalecimiento del desempeño de las funciones esenciales de salud pública
	Apoyo fiscal condicionado al cambio de políticas públicas que mejoren la situación de salud
	Apoyo fiscal condicionado al mantenimiento del gasto en intervenciones prioritarias de salud durante situaciones de crisis fiscal
	Cambios estructurales en la organización y funcionamiento del sistema de servicios
	Apoyo al fortalecimiento de los sistemas de información, monitoreo y evaluación de resultados asociados a metas de salud.
	Otros (por favor especifique)

20. ¿Cuáles de los siguientes tipos de asesoramientos técnicos serían los más apropiados para que el BID apoye al sector salud en su país en los próximos diez años?

Por favor marque los tres más apropiados.

	Estudios en profundidad sobre el sector
	Comunicación de experiencias exitosas
	Promoción del diálogo intersectorial
	Cursos sobre formulación de políticas públicas
	Coordinación del asesoramiento con otros organismos internacionales
	Promoción de diálogo con sociedad civil
	Mejoramiento de la calidad de la información
	Otros (por favor especifique)

E. DATOS INSTITUCIONALES DEL ENCUESTADO

Para finalizar, le agradecemos contestar preguntas que nos permitan relacionar las respuestas con ciertos parámetros. Note que éstas, por su carácter general, permiten preservar en forma anónima la identidad del encuestado.

21. Indique el país donde usted trabaja:

	Argentina		Ecuador		Panamá
	Bahamas		El Salvador		Paraguay
	Barbados		Guatemala		Perú
	Belice		Guyana		República Dominicana
	Bolivia		Haití		Suriname
	Brasil		Honduras		Trinidad y Tobago
	Chile		Jamaica		Uruguay
	Colombia		México		Venezuela
	Costa Rica		Nicaragua		

22. Indique la naturaleza jurídica de la organización para la que trabaja:

	Pública
	Privada comercial
	ONG –organización de la sociedad civil-
	Otra (favor especifique):

23. Indique el tipo de institución para la cual trabaja:

Si trabaja para varias instituciones del sector salud, marque aquella en la que juega un rol de mayor influencia.

	Asociación u ONG de usuarios
	Consejos Comunitarios de Salud
	Gremio o sindicato de salud
	Institución académica o de investigación en administración o economía
	Institución académica o de investigación en áreas de salud
	Institución que brinda servicios de salud
	Ministerio de Salud
	Ministerio o Secretaría de Planificación o Economía
	Parlamento o Congreso
	Otro (favor especifique):

24. ¿Quisiera formular algún comentario o sugerencia adicional?

F. AGRADECIMIENTO

Agradecemos sinceramente el tiempo que ha dedicado a responder este cuestionario. Su aporte nos servirá para mejorar nuestro trabajo en temas sociales y de salud.

Nota: Si registró su respuesta directamente en SurveyMonkey (por Internet) o la envió por fax, por favor responda a nuestro correo electrónico (sondeosalud@iadb.org) indicando que así lo hizo. Ello nos permitirá hacer el seguimiento de las respuestas obtenidas.